TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr DE GAUDART D'ALLAINES

ADDENDUM AUX "TITRES" DE 1926



MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
1929

TRAVAUX ORIGINAUX ET REVUES GÉNÉRALES

Tumeurs à tissus hétérotopiques du sein (en collaboration avec J. Hiely. *Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale.* Avril 1928, n° 4, page 361.

A propos de deux cas nouveaux, nous avons entrepris l'étude de ces **tumeurs exceptionnelles au niveau de la glande mammaire.** Formées de *tissus normalement étrangers à la glande*, elles se présentent sous des aspects très variés et les dénominations les plus diverses. Ces tumeurs sont formées de tissus multiples et peuvent schématiquement être classées en trois groupes :

1° *Tumeurs renfermant des tissus adultes dérivés du tissu conjonctif.* En général, elles comprennent un stroma conjonctif jeune et proliférant, par endroits évolué en îlots osseux ou cartilagineux.

2° *Tumeurs formées d'éléments épidermiques* ou dérivés du tissu malpighien. Ce sont les plus fréquentes. Boyaux épithéliaux. Papilles dermo-épidermiques, kystes épidermiques, etc. C'est dans ce groupe que l'on doit ranger les productions dites, à tort, « cholestéatomes du sein ».

3° Enfin, *Tumeurs plus complexes* comprenant des éléments mésenchymateux et des éléments épidermiques, quelquefois très évolués jusqu'à former de véritables tératomes.

La complexité de ces tumeurs est encore augmentée de ce fait qu'elles présentent en outre des formations surajoutées ; soit des *plasmodes multinucléés* qui jouent ici le rôle de cellules nécrophages disposées autour de l'élément hétérotopique ; soit des

éléments glandulaires mammaires normaux ou en voie de prolifération vers un stade adénomateux.

Ces tumeurs si variées au point de vue anatomique revêtent, au point de vue clinique, une allure assez homogène et ressemblent entièrement aux tumeurs bénignes encapsulées. Mais, à un stade plus ou moins éloigné de leur évolution, elles peuvent subir une transformation maligne. Nous en avons relevé neuf cas ; tous les cas

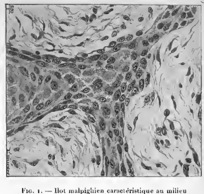


Fig. 1. — Ilot malpighien caractéristique au milieu d'une tumeur hétérotopique du sein.

suivis après opération se sont terminés par la mort. La dégénérescence maligne portait soit sur un élément hétérotopique seulement (sarcome ou épithéliome), soit sur les deux (épithéliosarcome du sein).

En résumé, les tumeurs hétérotopiques du sein, bénignes dans la majorité des cas, peuvent subir une transformation maligne et commandent une intervention d'étendue variable suivant le stade clinique où elles sont vues.

Hystérectomie fundique (en collaboration avec mon maître, M. le Pr Lecène). *Surgery gynecology and Obstetrics*. Juin 1927. n° 6, page 805.

Revue générale de la technique et des résultats de cette opération.

Pathogénie et Traitement des ostéomes musculaires. *La Pratique Médicale Française*, Juillet 1926, n° 7, p. 301.

A la lumière des travaux récents, nous avons cherché à élucider le pathogénie des ostéomes musculaires et de la myosite ossifiante généralisée. L'origine hétérotopique paraît le plus vraisemblable et se comprend aisément à l'aide des travaux de Policart et Leriche. Il s'agit d'une ossification née de la rencontre d'un tissu conjonctif embryonnaire et d'un milieu ossifiable, soit sous l'influence d'une cause locale (hématome traumatique intramusculaire), soit sous l'action d'une cause générale (véritable maladie de l'ostéogénèse). L'étude du traitement permet les conclusions suivantes : l'ostéome indolent bien toléré doit être respecté ; l'ostéome douloureux, accompagné d'atrophie musculaire, doit être traité par radiothérapie (s'il est jeune) ou par extirpation. La méthode chirurgicale sera de préférence réservée aux ostéomes éloignés de l'articulation.

Les orchites par torsion de la deuxième enfance. *Revue Médicale universelle*, n° 2, Février 1928, p. 3.

Aiguë ou subaiguë, l'orchite par torsion commande l'intervention, car elle peut amener le nécrobiose testiculaire, et, en pratique, la discrimination des formes bénignes et des formes graves est souvent impossible.

La ligature des troncs variqueux associée à l'injection sclérosante dans le traitement des varices (en collaboration avec H. Roseau). *Presse Médicale*, 29 Juin 1927, n° 52, p. 825.

La méthode de Sicard réalise un très grand progrès dans le traitement des varices et à part certains cas actuellement bien définis (varices avec poussées de phlébites ou avec phlébolithes), elle est plus aisée et susceptible de résultats au moins aussi bons que le traitement chirurgical. Dans le but d'augmenter la rapidité du traitement sclérosant et aussi d'éviter toute possibilité de complications par escarres, nous avons été amenés à traiter les varices par une injection unique massive de 15 à 25^{cc} de solution irritante, avec ligature du tronc veineux. Nous avons en général obtenu, en une fois, la sclérose de tout le territoire variqueux du genou au cou-de-pied. Nous avons cru bon de publier ces résultats, non pas tant à cause de la technique que de la qualité de la guérison. Tous les malades traités étaient des variqueux graves avec troubles trophiques (ulcères, œdème, etc...). Les résultats ont été rapides et très bons et nous

ont paru supérieurs à ceux que nous avions observés à la suite des injections répétées.

Traitement de quelques hernies étranglées par la simple kélotomie. *Gazette Médicale de France*, n° 1, Janvier 1929.

Dans cet article nous avons cherché à réhabiliter le vieux traitement du simple débridement de l'anneau herniaire appliqué par Ambroise Paré, puis J. L. Petit aux hernies étranglées. Nous avons opéré ainsi 3 malades avec guérison, une femme pesant 125 kg. et une autre pesant 149 kg., toutes deux atteintes de hernies ombilicales géantes étranglées, un homme de 88 ans atteint d'une hernie inguino-scrotale très volumineuse, étranglée et datant de 40 ans. Nous avons insisté sur ce que cette intervention avait de palliatif et d'insuffisant et ne visait qu'à éviter, dans certains cas très spéciaux, une opération en apparence plus logique, mais en fait des plus meurtrières. La simple kélotomie est aveugle et peut laisser inaperçue une lésion intestinale. Pour éviter autant que possible de la méconnaître, nous avons conseillé : *a*) d'inciser les plans superficiels et l'anneau herniaire au point le plus douloureux, *b*) par une petite incision péritonéale, pratiquée au niveau du sac, de vérifier l'état de l'intestin et son facile glissement vers l'abdomen.

Tuberculose d'une éventration sequelle d'une tuberculose péritonéale guérie : (En collaboration avec P. Pavie). *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale.* Tome IV, n° 7, Juillet 1927, page 777 (v. fig. p. 7).

Si la tuberculose herniaire est bien connue, la tuberculose d'une éventration n'a pas jusqu'ici été signalée. Il s'agissait dans le cas que nous avons rapporté d'un tuberculome végétant situé à l'intérieur d'un sac d'éventration. La malade avait été opérée deux ans auparavant pour une tuberculose peritonéale à forme ascitique dont elle était entièrement guérie.

Corps étranger de l'estomac. *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, tome IV, n° 7 Juillet 1927, page 779.

Fourchette de grande taille avalée "par mégarde" et finalement extraite par gastrotomie.

Cancer total de l'utérus à type parimenteux sprino-cellulaire. (En collaboration avec P. Pavie). *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*. Tome IV, n° 7, Juillet 1927, page 780.

La figure ci-contre (page 8), représentant la pièce de colpohystérectomie, montre l'étendue du neoplasme. Plusieurs points nous



Fig. 2. — Aspect de la pièce opératoire.
Face interne de la pièce opératoire montrant le tuberculome enchâssé dans la face péritonéale de l'éventration.

ont incité à présenter cette pièce. Tout d'abord l'infiltration massive du corps et du col utérin par une série de noyaux de volumes différents. Ensuite et surtout la nature pavimenteuse de cet épithélioma du corps utérin, fait tout à fait inhabituel dont nous n'avons retrouvé que deux exemples publiés antérieurement.

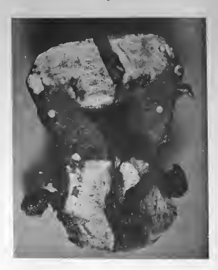


Fig. 3 — Aspect macroscopique de l'utérus vue de l'utérus fendu verticalement.

Les masses cancéreuses tranchent nettement par leur blancheur et leur consistance sur le tissu utérin. Par endroit, elles ont detruit toute la paroi utérine. De chaque côté du col, un gros ganglion sur le trajet de l'artere utérine. La face interne du col est largement ulcérée en cratere. (Cliché Schaller, hôpital Saint-Louis.)

Fracture spontanée de l'humérus, premier signe d'une syringomyélie. Hypertrophie localisée des troncs nerveux post-traumatique. En collaboration avec MM. Alajouanine et J. Saucier. *Revue neurologique*, N° 1, Janvier 1927, (*Société de neurologie*, 6 janvier 1927).

Ce malade présentait deux particularités d'ordre dissemblable : d'une part il était atteint de syringomyélie qui jusqu'alors ne s'était extériorisée par aucun phénomène apparent quand survint une fracture spontanée qui attira l'attention sur l'état de son système nerveux ; d'autre part, au cours du traitement de cette fracture, des

manœuvres mal dirigées déterminèrent par compression des troncs nerveux du membre supérieur une paralysie périphérique de ce membre avec hypertrophie considérable du volume des nerfs.

Analyse de l'action du 440 B. (neptal), en collaboration avec MM. Lecène et Wolfrom. *Société Française d'urologie*, 15 janvier 1928.

De l'analyse de deux cas, il nous a semblé qu'il ne faut employer le neptal que dans les cas où des épreuves rigoureuses ont permis d'affirmer l'intégrité de la fonction rénale.

Double syncope au cours d'une opération, traitée avec succès par l'injection intracardiaque d'adrénaline. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1er décembre 1926. Tome LII, n° 33. Rapport de M. R. Toupet.

Au cours d'une opération sous anesthésie rachidienne pour une hernie étranglée, la malade fait une syncope, une injection intracardiaque de un milligramme d'adrénaline ranime immédiatement l'opérée et permet de terminer l'opération. Dix minutes après nouvelle syncope qui cède de nouveau à une injection intracardiaque. C'est la répétition de la syncope et le succès renouvelé de thérapeutique qui m'a incité à apporter cette observation.

Dacryo-adémite syphilitique bilatérale. (En collaboration avec MM. Hudelo et Rabot.) *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 décembre 1926.

Cas exceptionnel de syphilis gommeuse fistulisée des glandes lacrymales chez un hérédo-syphilitique.

Luxation congénitale en arrière et en dehors du radius. (En collaboration avec mon maître A. Mouchet.) *Revue d'Orthopédie*, Tome XV n° 1 janvier 1928, p. 43.

Le cas que nous avons rapporté est curieux par ce fait que cette déformation congénitale était restée méconnue jusqu'à l'âge de 14 ans et s'était révélée par un traumatisme. Nous avons à propos de ce cas passé en revue les différentes observations publiées. La luxation du radius en arrière est la plus fréquente des luxations congénitales de cet os. Malgré que la déformation soit nette, elle peut passer inaperçue, car elle ne donne pas de troubles fonctionnels. L'interprétation de la radiographie est délicate quand il s'agit

de la distinguer de la luxation traumatique : nous pensons que trois signes dans ce cas sont à rechercher, la forme « atrophique » de la tête radiale, l'allongement et l'incurvation de la dyaphyse, enfin, d'une façon inconstante d'autres malformations des os de l'avant-bras. L'abstention opératoire est de règle. En cas de gêne fonctionnelle, la résection de la tête radiale paraît susceptible d'un bon résultat.

Deux cas de volvulus du colon pelvien traités par la résection immédiate. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 19 Mars 1927, tome LIII, n° 9, p. 357. (Rapport de mon maître M. le Pr Lecène.)

Dans les deux cas opérés en occlusion confirmée, j'ai suivi la technique suivante. Extériorisation, résection immédiate après ligature du meso et pose d'un tube de Paul dans chaque extrémité de l'intestin. Dans un temps ultérieur après section de l'éperon à l'aide de l'entérotome de Dupuytren, fermeture de cet anus artificiel. Les deux cas ont guéri, mais le premier malade est mort trois mois après d'occlusion intestinale. Celle-ci était due à une bride qui faisait adhérer l'intestin grêle au pied de l'anse colique volvulée. Cette adhérence existait lors de la première opération, mais, à tort, je l'avais respectée pour ne pas prolonger une opération grave par des manœuvres intra-abdominales. Il y a un gros intérêt à connaître l'adhérence possible de l'intestin au niveau d'un méso atteint de mésentérite rétractile et à les libérer soigneusement au cours de l'opération.

Rupture traumatique de la Rate chez un paludéen. Hémorragie en deux temps avec ictère marqué. Splénectomie. Guérison. *Bulletin et memoires de la Société de Chirurgie.* 12 novembre 1927. T. LIII, n° 28, page 1175. (Rapport de mon maître, M. le Pr Lecène.)

Cette observation m'a paru digne d'intérêt pour les raisons suivantes : Latence des symptômes. Le malade en question avait fait une chute cinq jours avant son entrée à l'hôpital. Il souffrait du côté gauche, mais avait pu aller à son travail et venait à l'hôpital pour un ictère progressif. Fragilité de la rate chez un paludéen. Il avait suffi d'une chute de sa hauteur pour rompre en plusieurs morceaux, dont certains entièrement détachés, une rate de 3 kilogs

500 grammes; enfin, aisance du diagnostic, facilité, il est vrai, par la notion du paludisme ancien.

Deux cas de neurinomes développés sur les nerfs du membre supérieur. (En collaboration avec P. Pavié.) *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale.* Juillet 1928, Tome V, n° 7, p. 781.

La figure montre l'aspect caractéristique de la tumeur bénigne



Fig. 4. — Neurinome du membre supérieur.
Aspect de la pièce opératoire après section par son grand axe.

désignée sous le non de neurinome. Dans les deux cas le diagnostic préopération fut celui de tumeur bénigne développée sur un tronc nerveux. Il s'agissait de deux malades présentant chacune, dans la gouttière vasculaire du bras, une tumeur ovoïde lisse bien limitée de croissance peu rapide. Dans un des cas, la pression sur la tumeur éveillait quelque sensibilité dans le domaine du brachiel cutané interne.

Torsion ds la trompe saine chez une jeune fille. (En collaboration avec P. Pavie). *Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale.* Tome V. Juillet 1928, n° 7, p. 783.

La torsion de la trompe saine est une lésion peu commune. Celle-ci a évolué sous le masque clinique d'une appendicite, mais si le diagnostic est difficile, la lésion anatomique est tout à fait caractéristique lors de l'intervention.

L'épithéliome primitif de l'Intestin grêle. *Journal de Chirurgie.* Avril 1929.

97215. — IMP. LAHURE.